



WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

TUỔI NIÊN THIẾU: 18 TUỔI

THÀNH NIÊN ĐIỀN VỀ CHÍNH MÌNH	TÊN ĐỨA TRẺ		NGÀY SANH
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỎ NGAI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI		
	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ăn sáng hằng ngày.	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi hài lòng với sự học và/hoặc việc làm của tôi.	
	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có người để nói chuyện.	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mỗi ngày tôi có hoạt động thể dục.	
	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có thắc mắc về vấn đề tình dục.	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ngủ đủ; _____ giờ mỗi đêm.	
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____
<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history	Sleep _____	<input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Hgb/Hct
Screening:		MHZ R L	<input type="checkbox"/> Review Immunization Record
Hearing Screen	4000	_____	Health Education: (Check all completed)
	2000	_____	<input type="checkbox"/> Nutrition/weight control <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> School Plans
	1000	_____	<input type="checkbox"/> Injury prevention/safety <input type="checkbox"/> Sex education/birth control
	500	_____	<input type="checkbox"/> Sleep patterns <input type="checkbox"/> Smoking <input type="checkbox"/> Driving & Alcohol
Vision Screen	R 20/ N A	L 20/_____	<input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol <input type="checkbox"/> STD discussed <input type="checkbox"/> HIV/AIDS discussed
Development	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Self-Exam <input type="checkbox"/> Tobacco Use <input type="checkbox"/> Suicide/Depression
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> Regular physical activity
Social Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	Assessment _____
Physical:	N A	N A	_____
General appearance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chest <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Head	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Eyes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genitalia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extremities <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neurological <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gait <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		_____
Describe abnormal findings:	<hr/> <hr/> <hr/>		
	IMMUNIZATIONS GIVEN		
	REFERRALS		
NEXT VISIT:	HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS		

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (18 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Tetanus and diphtheria (Td) Vaccine

- Recommend routine Td boosters every 10 years.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the US Centers for Disease Control and Prevention.



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - TUỔI NIÊN THIẾU: 18 TUỔI

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

TUỔI NIÊN THIẾU: 18 TUỔI

THANH NIÊN ĐIỀN VỀ CHÍNH MÌNH	TÊN ĐÚA TRẺ		NGÀY SANH	
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI	
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NAN/TRỞ NGAI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI			
	CÓ KHÔNG		CÓ KHÔNG	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi ăn sáng hằng ngày.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi có người để nói chuyện.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tôi có thắc mắc về vấn đề tình dục.	
	Tôi hài lòng với sự học và/hoặc việc làm của tôi.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mỗi ngày tôi có hoạt động thể dục.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tôi ngủ đủ; _____ giờ mỗi đêm.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÂN NẶNG KG./OZ. TỶ LỆ BÁCH PHÂN	CHIỀU CAO CM/IN. TỶ LỆ BÁCH PHÂN	ÁP HUYẾT		
<input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống		<input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình		
Khám Truy Tâm:	MHZ	P	T	
Thủ Nghiệm Nghe	4000	_____	_____	
	2000	_____	_____	
	1000	_____	_____	
	500	_____	_____	
Thủ Nghiệm Nhìn	P 20/ N A	20/_____	T 20/_____	
Phát triển	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tính hạnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Giao tế/Xúc cảm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Thể chất:	N A	N A		
Nhin Chung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ngực	
Da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phổi	
Đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tim/Mạch	
Mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bụng	
Tai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cơ quan Sinh dục	
Mũi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xương sống	
Họng/Răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chân tay	
Cổ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thần kinh	
Cục u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dáng đi	
Tình Trạng Tâm Thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mô tả các khám phá bất thường:				
ĐÃ CHỨNG NGÙA				
GIỚI THIỆU ĐI				
LẦN KHÁM KẾ:		TÊN NƠI CHĂM SÓC Y TẾ		
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC Y TẾ		ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC Y TẾ		

Chăm Sóc Sức Khỏe của Em lúc 18 Tuổi

Cơ Thể Của Em Cần Gì

Nha sĩ của em có thể cho em biết khi nào hoặc nếu sau này em sẽ mọc răng khôn. Hãy tiếp tục đánh răng với loại kem có chất fluoride và dùng dây chì (floss) chà kẽ răng mỗi ngày.

Học cách biết chăm sóc sức khỏe một cách khôn ngoan, vì nó có thể cứu vãn sức khỏe (đời sống) của em. Xin bác sĩ của em bản quá trình y tế. Điền cùng với cha mẹ em và giữ làm hồ sơ CỦA EM.

Em sẽ cần phải khám định kỳ suốt đời. Hỏi bác sĩ của em xem em sẽ cần phải khám truyỀm để phòng ngừa nhu thế nào và khi nào. Khám áp huyết? Mỡ trong máu? Thủ "Pap"? Chụp quang tuyến ngực? Chích ngừa? Khi nào? Bao lâu một lần?

Thanh niên trẻ nên học cách tự khám ngực hành của mình (khám hòn dái). Nguy cơ bị ung thư ngực hành nhiều nhất vào cõi tuổi 20 và 30.

Thiếu nữ trẻ nên học cách tự khám nhũ hoa. Hãy tự bảo vệ mình bằng cách tìm hiểu về cơ thể của em.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Muốn bỏ hút thuốc: Em có thể tìm trong Internet mục bỏ hút hoặc gọi cho American Cancer Society hay American Heart Association.

Tin Tức về Sinh Lý cho Trẻ Mới Lớn:

www.teenwire.com.

Điện thoại Domestic Violence (Bạo Hành Trong Gia Đình):
1-800-562-6025

Nhiều trung tâm và trường cao đẳng cộng đồng có các lớp dạy đối phó với sự căng thẳng.

Những Đức Tính Lành Mạnh

Vận động đều đặn là điều rất quan trọng. Em cần tập thể dục nửa giờ, ít nhất là 3 lần một tuần trong suốt cuộc đời em. Mời cha mẹ đi bộ hoặc xe đạp với em, để cha mẹ cùng tập thể dục với em.

Dinh dưỡng lúc nào cũng là điều quan trọng. Nên nhớ là người ta tiếp tục tăng trưởng ở tuổi đôi mươi. Hãy ăn thức ăn quân bình gồm có rau, trái cây và chất bột. Nhiều bệnh lúc tuổi già có thể tránh được bằng cách ăn uống đàng hoàng lúc còn trẻ.

Tìm hiểu về thuốc giảm cân và steroids trước khi dùng thử. Dùng những thứ thuốc này thay vì ăn thức ăn, có thể làm cho cơ thể của em không nhận được đầy đủ các chất dinh dưỡng mà em cần. Mọi thứ thuốc đều có phản ứng phụ. Hãy tìm hiểu về các phản ứng phụ ấy.

Lối Sống

Nếu em hút thuốc hoặc dùng những loại thuốc nhai, hãy tìm một chương trình để giúp em bỏ thuốc. Ngoài việc gây ra ung thư và đau tim, thuốc tobacco (thuốc nhai) làm cho hơi thở của em rất hôi và da bị nhăn. Hãy nghĩ xem em sẽ làm gì với số tiền để dành nếu không hút thuốc.

Nhận biết các dấu hiệu của sự căng thẳng. Tìm cách thư giãn như tập thể dục, yoga, nghệ thuật, hoặc thiền. Lấy một lớp học về giảm căng thẳng.

Đàn ông và đàn bà nên biết cách kế hoạch hóa gia đình một cách thích hợp, biết cách trách mang thai nếu không tính trước, và biết các bệnh truyền nhiễm qua đường sinh dục.

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Hãy lưu ý về vấn đề an toàn. Dùng kem chống nắng. Cẩn thận lúc làm việc. Hãy mang vật dụng bảo vệ, miếng dệm, mũ an toàn, dai lưng và mắt kính an toàn.

Dùng dây an toàn mỗi khi em lên xe. Nhắc nhở mọi người trên xe cột dây an toàn.

Học cách tự bảo vệ chống xâm phạm tiết hạnh hoặc thể xác. Vì không khi nào là an toàn cả. Phải biết rằng em có thể được giúp đỡ. Nếu biết có ai bị nguy hiểm, giúp họ tìm chỗ trú ẩn hoặc tìm cách khác giúp họ.